



HAL
open science

Implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patientes traitées par hormonothérapie pour un cancer du sein

Morgane Guyon

► **To cite this version:**

Morgane Guyon. Implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patientes traitées par hormonothérapie pour un cancer du sein. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03456639

HAL Id: dumas-03456639

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03456639>

Submitted on 30 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2021



THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

**Implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patientes
traitées par hormonothérapie pour un cancer du sein**

Présentée et soutenue le 29 Octobre 2021,

A la faculté de Médecine de Nice

Par Morgane GUYON

Née le 19 Mai 1992, à Saint-Priest-en-Jarez (42)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseurs :

Madame le Docteur Anne-Sophie AZUAR

Monsieur le Docteur Philippe DE CINTAZ

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne-Sophie AZUAR



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

**M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel**



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Monsieur le Pr DARMON, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et d'avoir pris le temps de juger mon travail.

A Madame le Dr AZUAR, chère Anne-Sophie, merci de m'avoir accordé ta confiance pour la réalisation de cette recherche. Merci pour tout ce que tu m'as appris en gynécologie. Et merci d'être toi car tu as été inspirante à bien des égards.

Monsieur le Dr DE CINTAZ, cher Philippe, toi qui m'as montré de si nombreuses facettes et qualités d'un bon médecin généraliste, je suis honorée que tu fasses partie de ce jury et que tu m'offres la possibilité de continuer d'apprendre à tes côtés.

A Odile, Merci pour ta gentillesse et toute l'expérience dont tu m'as fait profiter.

A tous mes tuteurs, Servane, Frédéric, Jessica, l'équipe des Urgences de Bastia, et les équipes de Pédiatrie et de Gynécologie du CH de Grasse, merci de m'avoir fait grandir et devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A mes parents adorés, je ne vous dirai jamais assez à quel point je vous aime. Merci de m'avoir soutenu dans les moments difficiles de ces dix années d'étude et de m'avoir donné le courage de continuer. Vous êtes un exemple pour moi. Je serai toujours là pour vous comme vous l'avez été pour moi. Je vous aime !

A mon petit frère et ma petite sœur, Gabin et Lohane, je m'excuse pour toutes ces fois où je vous ai demandé de baisser le son de la télé parce que je révisais^^. Je suis fière des adultes que vous êtes devenus et je vous aime de tout mon cœur de grande sœur.

A mes grands-parents, présents et partis, j'espère vous rendre fière. Papi Maurice, merci d'avoir toujours été là en cas de besoin : Papi taxi, Papi bricoleur, Papi intendant mais avant tout Papi parfait. Mamie Geneviève, merci pour tous ces bons petits plats qui ont adoucis mes soirées de révisions. Mamie Luce, merci de croire en moi et de m'avoir offert mon compagnon de toujours, Pepito.

A ma Tantine, merci d'avoir répondu présente pour ce jour si important pour moi.

A mon parrain, de mon premier doudou à ma soutenance de thèse aujourd'hui, tu as toujours été présent. Merci d'être le meilleur des parrains.

A ma fanillou, te rend-tu compte du chemin parcouru depuis le CP de l'école Claudius Buard ? Qui aurait pu imaginer que nous terminerions toutes deux médecins généralistes ? Je nous félicite ! Malgré la distance qui nous sépare tu resteras toujours dans mon cœur.

A mes plus vieilles amies, Roxy, Didie, Lylou, Dayday et Caro, on s'était dit rendez-vous dans 10 ...euh non 17 ans !!! Nous nous sommes connues enfants, adolescentes et nous voilà femmes. Je chérie chaque jour cette si belle amitié qui nous unit. Merci pour votre soutien et vos cadeaux surprises qui m'ont rappelé que j'étais capable de réussir !

A Mimille et Pierre, il y a dix ans nous démarrions cette drôle d'aventure ensemble et aujourd'hui, malgré la distance, vous êtes là, à mes côtés. Tellement de bons moments partagés, de fous rires, de déguisements mais aussi d'entre-aide. Mimille, tu as fait de moi ta témoin de mariage et ces instants de bonheur m'ont aidé à avancer dans cette dernière ligne droite. Mon Pierre, mon meilleur ami, toujours là pour me surveiller ^^ tu es une si belle personne, ne change rien ! Vous serez à jamais au plus près de mon cœur.

A Alix, mon booster de moral, ma sexologue adorée, des pages entières ne suffiraient pas pour raconter notre amitié que j'espère la plus longue possible ! Ton écoute et tes conseils m'ont permis de tenir le coup. Ta présence cet été m'a donné le sourire et l'envie d'avancer. Cette fois c'est sur : Nous sommes des filles fortes et fières. Accrochez-vous ! On arrive et on a envie de croquer la vie à pleines dents !

A Héloïse, ma copilote des îles, mon sourire tranche papayes, ma binôme de voyage, pour un peu nous passions nos thèses le même jour ! Notre prochain road trip sera le plus mérité mais surtout il sera à la hauteur de notre réussite : Formidable !

A vous tous « mes copains forever », Maxime, notre Marie-Antoinette nationale, Alix, notre humoriste de folie, Héloïse, non mais « What about », Clarisse et Laurianne, la team Réunion qui nous fait rêver, Elise, la baroudeuse, Anna, notre First Docteur qui nous a montré la voie, Justine, notre référence comptabilité et dernières recommandations, Laetitia, Elodie et Johara, que c'est bon d'avoir une équipe d'amis comme vous ! Nos retrouvailles sont à chaque fois une source de bonheur incommensurable et vous lire au quotidien est un régal ! Ne changez rien, vous êtes chacun unique et indispensable dans ce groupe. Je vous aime !

A Eva, ma poulette, avec toi on peut vraiment parler de destin ! On se rencontre devant l'hôtel du weekend d'intégration, on passe un semestre de folie en Corse, on enchaîne avec les galères du CHU et on finit par passer nos thèses la même semaine ! C'était écrit ! Merci d'avoir marqué mon internat et d'être devenue mon amie ! Je te souhaite le meilleur et j'espère un jour venir découvrir ton paradis des îles.

A Morgan, Thomas, Julie, Emma, la bande de copains de Nice, merci pour ces soirées de folie au Son des Guitares, merci pour nos afterwork au Campo et merci de m'avoir fait découvrir Nissa la Bella !

A Elise et Mickael, une autre très belle rencontre de cet internat ! Vivement la reprise des brunchs du dimanche matin et les soirées jeux de société !

A ma team Gygy, pour la meilleure équipe de stage que j'ai connue au cours de mon internat ! Ce fut un régal de travailler chaque jour avec vous et je suis fière de vous compter aujourd'hui parmi mes amis !

A Marionnette, merci pour ton soutien, pour ta présence en cas de coup dur, pour ta folie, tes blagues et tes histoires ! Et merci pour mon prochain tatouage ^^

A Anaïs, Nanard pour les intimes, tout ce qui est petit est mignon ! Tu es petite par la taille mais ton cœur est immense !

A Antoine, Toinou, merci pour tous ces fous rires que tu as déclenchés ! « L'interne, on l'appelle Monsieur ! »

A Caroline, merci pour ta gentillesse et tout ce que tu as pu m'apprendre au cours de ce stage ! J'ai hâte de faire la connaissance de l'enfant ^^

A Victoria, notre chasseuse de loup, merci pour ta fraîcheur et ta gentillesse.

Et bien sûr, merci aux moitiés, Vincent, Julien et Audrey pour tous ces bons moments partagés en soirée.

A tous mes amis plongeurs, Véro et Patrick, Val et J-b, Eric et Karen, Sabinette, Pierre, Grégory, Thierry, merci de m'avoir fait découvrir les fonds marins et les joies de la détente sous-marines ! Vous êtes tous ma deuxième famille, ma famille du sud ! Vous m'avez soutenu et poussé sur ce dernier chemin. Je vous aime et j'ai hâte de buller à nouveau avec vous !

A Rosine et Damien, une rencontre inoubliable en Corse. Les distances nous séparent quelque peu mais c'est promis, je viens vous retrouver !

A Nathalie, on en aura passé des soirées à imaginer nos futurs et à refaire le monde. Nous y voilà, toi bientôt maman et moi docteur ! Le meilleur reste à venir !

A Anabel, la distance nous a éloigné ces derniers temps, mais je promets de faire des efforts pour rattraper le temps perdu. Tu me manques.

Et à tous ceux que j'aurais pu omettre : Merci ! Vous avez tous contribué à faire de moi la femme médecin que je suis.

Liste des abréviations

CANTO : CANcer TOxicities

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

COVID-19 : COrona VIRus Disease 2019

DPC : Développement Professionnel Continu

DCC : Dossier Communicant de Cancérologie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FMC : Formation Médicale Continue

ORS : Observatoires Régionaux de la Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

URPS-ML : Unions Régionales des Professions de Santé - Médecins Libéraux

Sommaire

INTRODUCTION	14
MATERIEL ET METHODE	16
RESULTATS	19
DISCUSSION	26
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	34
SERMENT D'HIPPOCRATE	37
RESUME	38

I. Introduction

A ce jour avec plus de 58 000 cas diagnostiqués par an, le cancer du sein reste le premier cancer en termes de fréquence en France devant les cancers de la prostate, du poumon et colorectal. Il est aussi la première cause de décès par cancer chez la femme (12 146 décès imputables en 2018). Son incidence a augmenté entre 1990 et 2018 (+1,1 % par an en moyenne) alors que la mortalité a quant à elle diminué (-1,3 % par an en moyenne), rendant le nombre de patientes à surveiller, et à accompagner, de plus en plus important. Cette amélioration est liée d'une part, à une plus grande précocité des diagnostics (en lien avec le développement des pratiques de dépistage, mais également avec l'amélioration des pratiques et techniques diagnostiques) et, d'autre part, aux progrès thérapeutiques de ces dernières années (1).

Parmi eux, l'efficacité de l'hormonothérapie n'est plus à prouver. Contrairement à ce que leur nom indique, ces molécules ne sont pas des hormones mais un traitement qui consiste à empêcher l'action stimulante des hormones féminines (œstrogène et progestérone) sur les cellules cancéreuses. On estime qu'environ 80% des cancers du sein sont hormonodépendants et vont nécessiter la mise sous anti-œstrogènes (Tamoxifène®) pour les femmes en préménopause, et l'introduction d'anti-aromatases (Letrozole®, Anastrozole® et Exemestane®) pour les femmes ménopausées (2). Ce traitement intervient le plus souvent après la prise en charge chirurgicale et l'analyse anatomopathologique de la tumeur. Il est prescrit pour une durée initiale de 5 ans dans le but d'éviter les rechutes locales, à distance (diminution de 50% du taux de rechute à 10 ans) et d'abaisser le taux de mortalité (diminution de 30 % à 15 ans) (3,4).

Malheureusement, de nombreuses études font état d'une mauvaise observance de la part des patientes, avant tout liée à la contrainte d'un traitement journalier pendant au moins 5 ans mais aussi à cause de ses effets secondaires - douleurs musculosquelettiques, asthénie, bouffées de chaleur, troubles de l'humeur - (5). Les résultats de la cohorte française CANTO (CANcer TOxicities), unique au monde, regroupant 120.000 patientes, basés pour la première fois sur des dosages sanguins de Tamoxifène®, ont montré que 16% des patientes ne suivaient pas correctement leur prescription après un an et 10% étaient non observantes. Parmi ces femmes, au moins la moitié ne déclaraient pas ne pas suivre correctement leur traitement (6). L'amélioration de la compliance passe donc par une sensibilisation, une information des patientes et une surveillance clinique régulière et attentive. Dans ce contexte, le médecin généraliste, seul, ou en réseau avec le spécialiste, s'impose tout naturellement comme un acteur fondamental de cette surveillance et d'accompagnement thérapeutique.

En ce sens, le troisième plan cancer, lancé par le gouvernement français pour la période de 2014 à 2019, prévoyait dans son 2^{ème} objectif de garantir la qualité et la sécurité des soins en passant notamment par une amélioration de la coordination ville-hôpital et des échanges d'informations entre professionnels (7). Dans le même temps, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en partenariat avec les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professions de santé - médecins libéraux (URPS-ML), a interrogé un panel de médecins généralistes à propos de leur prise en charge des patients atteints de cancer. Il en est ressorti que les médecins généralistes se sentent globalement importants dans la prise en charge de ces patients mais souffrent d'un manque de formation spécifique et ne sont pas satisfaits de la qualité de leurs rapports avec les spécialistes hospitaliers. Il apparaît notamment que moins d'un médecin sur cinq est tenu informé des potentiels effets secondaires du traitement de son patient, alors même que les deux tiers d'entre eux éprouvent des difficultés à gérer ces mêmes effets secondaires (8).

Dans la littérature, on retrouve essentiellement des études portant sur le ressenti des patientes atteintes de cancer du sein (9,10) ou sur l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers en général (11-14) mais aucune ne laisse la parole aux médecins généralistes sur la perception de leur investissement dans le suivi des patientes sous hormonothérapie.

Cette étude a donc pour but d'écouter les médecins généralistes et de comprendre comment les placer au centre de la prise en charge des patientes traitées par hormonothérapie au Centre Hospitalier de Grasse, afin de leur rendre leur rôle d'aide à l'éducation et à la compliance sur ce traitement.

II. Matériel et méthode

A. Présentation générale

Pour étudier l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patientes traitées par hormonothérapie pour un cancer du sein, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par analyse d'entretiens téléphoniques semi-directifs et individuels, auprès de médecins généralistes exerçant dans le bassin de Grasse, dépendant aussi bien des départements du Var (83) que des Alpes-Maritimes (06), durant la période du 31 mars 2021 au 7 septembre 2021.

B. Conformité

Cette thèse a été rédigée après avoir participé au Séminaire sur les recherches qualitatives proposé par la Faculté de Médecine de Nice Sophia Antipolis, et après étude attentive de la Consolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) afin d'en appliquer au mieux les lignes directrices et de limiter les biais de l'étude.

Concernant la collecte des données relatives à notre étude, aucune formalité n'est à réaliser auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). En effet, notre étude n'impliquant pas le traitement de données de santé à caractère personnel permettant d'identifier le sujet, seules les obligations de la loi informatique et des libertés en termes d'information et d'exercice des droits des médecins s'appliquent.

C. Population étudiée

La population cible de cette étude correspondait aux médecins généralistes installés en cabinet dans la périphérie du Centre Hospitalier de Grasse (maximum 35km), exerçant ou non de la gynécologie, tous milieux confondus (rural, semi-rural, et urbain).

Les critères d'inclusion pour participer à cette étude étaient les suivants : médecins généralistes thésés, volontaires pour passer un entretien, exerçant ou non de la gynécologie, sans critère d'âge ni de sexe.

Les critères d'exclusion étaient : médecins non-thésés, médecins remplaçants ou non-installés.

Les caractéristiques des médecins interrogés figurent dans l'Annexe 4.

D. Stratégie d'échantillonnage

Le recrutement des médecins généralistes volontaires s'est fait selon un échantillonnage dirigé via les annuaires disponibles sur le web à l'aide des mots-clés « Médecins généralistes » associés au nom des villes de Grasse et sa proximité immédiate, puis en s'éloignant de plus en plus de façon centrifuge, jusqu'à 35km de distance maximum. Il était proposé un rendez-vous

à la convenance des médecins afin de les déranger le moins possible dans ce contexte de pandémie à la COVID-19 et d'inclure le plus de participants possibles. La stratégie d'échantillonnage a été réalisée en « variation maximale ».

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, quand ils n'ajoutaient plus d'éléments nouveaux aux données déjà recueillies.

E. Recueils des données

Les entretiens semi-directifs téléphoniques et individuels ont été enregistrés sur un dictaphone externe. Les participants étaient informés du caractère enregistré, puis anonymisé et retranscrit de l'entretien, et de la possibilité de suspendre ce dernier à tout moment, par la lecture et signature préalable d'un consentement de participation (Annexe 1).

Le choix d'un entretien téléphonique se justifie d'une part par les règles sanitaires de l'épidémie actuelle, et par la simplicité d'organisation tant pour le participant que pour le chercheur. Le caractère individuel des entretiens permet de s'affranchir de la durée inégale de parole accordée à chacun lors de *focus group*, et d'espérer des réponses plus libérées et approfondies.

F. Guide d'entretien

Pour faciliter la réalisation des entretiens et de leur analyse, nous avons rédigé un guide d'entretien (Annexe 2) listant l'ensemble des sujets à aborder sans ordre prédéfinis pour laisser plus de place à la liberté d'expression des participants. Ce guide est resté le même tout au long de l'étude.

G. Réalisation des entretiens

Les entretiens étaient réalisés de manière individuelle et non en groupe, pour permettre à la personne interrogée de parler autant qu'elle le souhaite, sans sentiment de jugement.

Au total, ce sont 14 entretiens semi-directifs qui ont été réalisés par téléphone, dont 12 avec fixation d'un rendez-vous préalable. Malgré tout, seul l'objectif de l'étude leur était précisé à l'avance, les questions abordées étant gardées secrètes. La durée initiale des entretiens était estimée à 20 minutes, mais le plus court a été de onze minutes et le plus long de 36'43. La durée des entretiens est disponible en Annexe 3.

H. Retranscription des données

Après enregistrement, chaque entretien a été anonymisé et identifié par la lettre E et un chiffre correspondant à l'ordre chronologique des enregistrements (E1, E2, E3, etc.). Les enregistrements audios étaient retranscrits « en verbatim », c'est à dire mot-à-mot, sur un document *Word*®, dès la fin de l'entretien, pour en permettre la bonne retranscription. Ont été

inclus, les remarques potentielles sur le contexte, la fluence du discours, les intonations de voix, les pauses, les onomatopées...

Une première lecture après retranscription a permis de s'imprégner du texte et d'en ressortir les éléments les plus pertinents en lien avec notre sujet et d'identifier les thèmes principaux. Un encodage a ensuite été réalisé avec le logiciel d'analyse qualitative *Nvivo12*® : les thèmes mis en avant sont devenus des nœuds, et les verbatim d'intérêts ont été associés à un ou plusieurs nœuds. Ce logiciel a été utilisé dans le but de rendre l'analyse reproductible et faciliter l'interprétation des données.

Un deuxième analyste indépendant a relu l'ensemble des entretiens, sans avoir connaissance des thèmes et idées mis en évidence pour réaliser une deuxième interprétation neutre. Les conclusions étaient identiques.

III. Résultats

Au total, nous avons contacté 49 médecins généralistes dans un rayon de 35 km autour de Grasse. Huit d'entre eux ont refusé immédiatement de participer soit par manque de temps (trois médecins), soit par manque d'intérêt pour le sujet de l'étude (trois médecins), ou pour cause de départ en retraite prochainement (deux médecins). Malgré deux relances téléphoniques auprès des secrétaires et/ou envois de mails informatifs, nous sommes restés sans nouvelle de 28 médecins. Nous avons donc réalisé un total de 14 entretiens entre le 31 mars 2021 et le 17 septembre 2021. La saturation des données a été obtenue à partir du dixième entretien, mais nous avons interrogé quatre médecins supplémentaires pour en avoir la confirmation. Les caractéristiques des médecins participants se trouvent en Annexe 4. La durée moyenne des entretiens est de 19 minutes, le plus long ayant duré presque 37 minutes et le plus court, 11 minutes (Annexe 3).

A. Etat des lieux de l'implication des médecins généralistes

Un rôle principal d'accompagnement, de soutien

Pour la moitié des médecins participants (sept sur 14) leur rôle réside essentiellement dans l'accompagnement des patientes au quotidien, le soutien psychologique, la réassurance et les explications qu'elles n'ont pas obtenues auprès des spécialistes :

E3 « *J'essaie de les rassurer, de leur expliquer ce qu'il va se passer* »,

E6 « *c'est plus sur le ressenti psychologique que je me dis qu'il y a peut-être moins de prise en charge sur l'hôpital et que c'est peut-être plus mon rôle* »,

E7 « *D'écouter leurs doléances, leur dire qu'on comprend, d'essayer d'améliorer leur quotidien, de les réorienter éventuellement vers le gynéco pour un changement de produit* »,

E9 « *Parfois de réexplication, de décryptage parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi ils en ont, ils en ont pas* ».

Cependant, les autres médecins ont eu du mal à répondre à cette question ne se sentant pas investis d'un rôle en particulier, estimant plutôt que cela reste du ressort du spécialiste :

E1 « *Bouche-trou !* »,

E4 « *C'est vrai qu'on est un peu démunis* »,

E5 « *Je n'interviens pas spécialement car elles sont sous hormonothérapie depuis longtemps et qu'elles sont bien suivies par leurs gynécologues* »,

E10 « *Non aucun, mais ça m'est complètement égal. Parce que ce n'est plus mon boulot. [...] on va dire que je fais le service après-vente de l'hôpital* ».

Connaissances versus carences

Pour la quasi-totalité des médecins généralistes interrogés, leurs connaissances viennent avant tout de leur formation initiale et de l'expérience acquise sur le terrain, au fur et à mesure des patients rencontrés et traités, et des échanges avec leurs confrères spécialistes :

E9 « *un petit peu ce qu'on a appris à la fac [...], les échanges que tu as chaque fois que tu as un nouveau patient* »,

E11 « *On a appris à la fac ce que c'est qu'un cancer mais après en matière de cancer du sein c'est vrai qu'on apprend pas mal sur le terrain* »,

E13 « *De mon stage d'interne en médecine polyvalente où j'ai fait pas mal de cancéro* ».

Mais aussi de la Formation Médicale Continue (FMC) qu'elle soit sous forme d'interventions présentielles ou vidéos, ou encore de lectures de revues médicales :

E2 « *on faisait des FMC à l'époque quand il n'y avait pas le Covid, une fois par mois une réunion de formation avec les spécialistes du bassin grassois* »,

E11 « *bon après je fais partie de ceux qui lisent assidûment la revue Prescrire® quand même* »,

E14 « *Les meilleurs éléments de formation viennent souvent des correspondances de confrères* ».

Néanmoins, plusieurs reconnaissent avoir des lacunes lorsqu'il s'agit de parler d'hormonothérapie avec leurs patientes :

E2 « *Alors y a les anti aromatases et puis après je sais plus exactement comment ça fonctionne. C'est vrai que je suis un peu... j'ai des carences là-dessus* »,

E6 « *Mais sur l'hormonothérapie en elle-même j'ai pas beaucoup d'approche on va dire* »,

E12 « *Ce n'est pas un domaine dans lequel, dans ma pratique gynéco, je suis extrêmement à l'aise* »,

E13 « *Après c'est vrai que les traitements très spécifiques au niveau du cancer ça ne m'intéresse pas plus que ça, on va dire* ».

La tolérance on y pense, mais l'observance brille par son absence

Parmi les 14 généralistes interrogés, dix évoquent spontanément le vécu de l'hormonothérapie par les patientes et recherchent la présence d'effets secondaires de manière ciblée ou générale :

E3 « *Je leur demande si elles ont des douleurs...euh...si...comment elles le vivent ? Quels sont leurs effets secondaires ? Voilà les questions que je leurs pose : comment elles le supportent ?* »,

E4 « *c'est un peu compliqué parce que bon il y a la fatigue qui ressort souvent quand elles sont sous hormonothérapie* »,

E9 « *Ben essentiellement les bouffées de chaleur, les troubles du sommeil, les sautes d'humeur, en essayant de faire la part des choses avec le cancer derrière et pas que les hormones. Troubles de la libido aussi* ».

En revanche, seulement deux médecins nous parlent d'observance à la question « Quelles questions posez-vous à vos patientes sous hormonothérapie ? » :

E9 « *Si elles le tolèrent bien, si elles ont bien compris pourquoi elles le prennent, si elles le tolèrent bien, c'est essentiellement ça, et si elles le prennent bien !* »,

E13 « *Ben la tolérance au niveau du traitement, l'observance, déjà ces 2 choses par rapport, au niveau du traitement* ».

Les autres s'abstiennent de questionner leurs patientes sur l'observance de l'hormonothérapie du fait de fausses-croyances :

E1 « *bon a priori un cancer du sein, une patiente sous hormonothérapie, après un cancer, après toutes les épreuves qu'elle a passé, elle était plutôt compliant* »,

E5 « *En général elles connaissent bien la pathologie, et comment il faut le prendre et elles le prennent bien et il n'y a pas de problème, non* »,

E6 « *c'est vrai que je me concentre pas sur la compliance de ce médicament là comme je peux le faire avec d'autres médicaments* »,

E8 « *Je vois bien que si voilà, elles viennent tous les trois mois, c'est qu'elles le prennent...* ».

Les ressources mobilisées en cas de besoin

Que l'on pose la question « Que lui proposez-vous en cas de mauvaise tolérance et/ou observance ? » ou bien « Que faites-vous si vous vous sentez dépassé ? » la réponse sera la même pour la totalité des médecins généralistes contactés :

E2 « *j'ai la chance d'être ami d'enfance du Dr F. et je l'appelle au secours assez régulièrement* »,

E6 « *je lui dirai de se rapprocher du médecin qui lui a prescrit, moi je pense que je lui ferai un courrier et d'essayer de voir avec elle pourquoi elle le prend pas* »,

E10 « *dans ces cas-là je les renvoie vers leur gynécologue pour voir s'il y a une autre stratégie* »,

E13 « *Alors pour être franche avec toi, je pense que je contacterai l'oncologue traitant soit par courrier, soit je leur dis d'en parler à leur oncologue mais je ferai pas d'adaptation de traitement toute seule* ».

Pour conclure, nous avons constaté que les médecins généralistes s'impliquent nettement plus sur le versant psychologique que thérapeutique de la prise en charge des patientes sous hormonothérapie. Cela semble s'expliquer principalement par le manque de maîtrise et de connaissances de ces traitements. Si les effets secondaires semblent reconnus par les médecins généralistes, ils accordent, en revanche, peu d'intérêt à la compliance des patientes estimant pour une part conséquente d'entre eux qu'il s'agit là du rôle du spécialiste. En ce sens, tous feront appel aux gynécologues et oncologues en cas de problèmes.

B. Pistes pour replacer le médecin généraliste au centre de la prise en charge

Améliorer le suivi des patientes sous hormonothérapie

Pour permettre aux médecins généralistes de s'investir non seulement sur le plan psychologique mais aussi thérapeutique et d'assurer le suivi de l'hormonothérapie (prescription, renouvellement, gestion des effets secondaires) il apparaît évident pour trois des médecins interviewés qu'ils devraient être mieux considérés par leurs confrères spécialistes et impliqués le plus tôt possible dans la prise en charge afin de ne pas fragiliser le lien de confiance de la relation médecin-malade :

E6 « *après j'ai pas eu de patiente encore que j'ai suivie du début de la prise en charge du cancer jusqu'à la mise sous hormono. Peut-être que ce serait différent si je la suis depuis le début, là c'est vrai que je me sens moins impliquée...* »,

E7 « *Et puis de dire aux gynécos, et aux cancérologues en général, de savoir se rapprocher systématiquement de leurs médecins généralistes parce que les gens n'osent pas en fait. Ils s'imaginent que comme ils sont suivis par le spécialiste, qu'ils ont un cancer, ben que le généraliste il sert à rien* ».

Ces mêmes médecins évoquent alors le raccourcissement de la durée initiale de prescription par les spécialistes et la notion d'une ordonnance de traitement unique, regroupant toutes les ordonnances de spécialistes, rédigée par le médecin traitant :

E9 « *Oui, plus de cohésion et ... d'interactions. Et que les traitements soient pas délivrés pour aussi longtemps par le spé [...] Moi je leur demande toujours de me dire tout ce que leur prescrivent les autres* »,

E7 « *Ben c'est surtout, à ce moment-là, éviter de demander aux gynécos qui les voient de faire le traitement pour 6 mois comme ils le font. De le faire pour 3 mois ou faire pour des durées plus courtes et de façon en disant « Voyez avec votre médecin généraliste ». Pour ne pas casser*

le lien avec le médecin généraliste. Oui parce que il y a aussi des femmes pour qui ça se passe bien et que tu vois pas du tout quoi ! ».

Cela pourrait également permettre d'inclure le pharmacien dans la boucle de suivi puisque lui seul délivrerait toute l'ordonnance :

E9 *« ça sous-entendra aussi que t'es sûr que c'est tout délivré par la même pharmacie, et que même le pharmacien au bout d'un moment qui le connaît pourra lui dire « Oh ben tient y a un moment que vous en avez pas repris ? Vous en avez récupéré des boîtes ? parce que vous savez qu'il ne faut pas arrêter ! » Parce que là aussi, le pharmacien il a aussi un rôle là-dedans. C'est pas qu'un distributeur ! ».*

Les besoins exprimés par les médecins généralistes

Comme évoqué plus haut, les médecins font état d'un manque de connaissances spécialisées dans l'hormonothérapie, et c'est bien logiquement que huit d'entre eux évoquent le besoin de formations adaptées à leur exercice, que ce soit en réunions présentielles ou à distance, avec échanges pluriprofessionnels :

E7 *« Ben d'une formation hein, même de 2 heures, une FMC de 2h ça suffit, avec les différents produits utilisés, les contre-indications (encore que, à part les phlébites je suis même pas sûre que ...), les prises en charges, quels sont les points à surveiller et puis, ben éventuellement, les astuces si il y en a, pour améliorer les bouffées de chaleur, les machins, les trucs, les bidules, quoi »,*

E9 *« C'est vrai qu'on est un peu en manque de FMC bien orientées, souvent elles sont dirigées sur les même sujets... Ça serait bien d'avoir un peu plus de FMC de cancéro »,*

E12 *« En faisant possiblement une formation, probablement, de DPC à ce sujet. Ou bien une formation qui pourrait être justement proposée par les équipes dans le secteur »,*

E13 *« Ce que je préfère ça reste le présentiel, par exemple sur des formations DPC ce que je trouve le plus intéressant c'est où y a des intervenants qui viennent nous faire un petit topo. Ça a deux intérêts, c'est de permettre (c'est pas très COVID en cette période évidemment), ça permet un peu de rencontrer les médecins généralistes et spécialistes de la région ».*

Certains souhaiteraient même pouvoir participer aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) :

E6 *« Ben dans un monde idéal, participer aux RCP, je pense que ça serait top. Mais dans le concret je pense que c'est juste infaisable [...] ce qui serait exceptionnel, c'est de pouvoir faire des réunions médecins-patients mais tous les médecins qui se chargent de la patiente et la patiente ».*

Quatre participants émettent l'idée d'une fiche ou d'un livret d'informations sur les différentes hormonothérapies existantes :

E4 « *Oui, avoir en effet, peut-être un petit livret explicatif là-dessus, qu'on puisse vraiment arriver à déterminer si cet effet est lié à ça ou si ça peut être autre chose, pour ne pas passer à côté d'autre chose* »,

E11 « *Le pôle de cancérologie de Mougins justement, a édité un flyer (double A4, ou un truc dans ce style-là) pour les patientes qui sont sous immunomodulateurs, à destination des généralistes pour les alerter, pour le suivi justement des patients comme ça, donc pourquoi ne pas faire le même genre de choses, parce que moi ce petit flyer je l'ai sous la main et quand j'ai un patient qui est sous traitement de ce type là... ben je sais où il est, si j'ai un doute je peux le consulter, quelque chose de simple pas forcément avec tous les détails, avec des éléments clés...* »,

E13 « *ça ça peut être aussi intéressant, c'est-à-dire de mettre dans le compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation, un petit feuillet en disant « Voilà, on a prescrit ça, ça nécessite d'être vigilant sur tels symptômes et de surveiller ça au niveau biologique, sur la durée anticipée...* ».

Nous avons pu voir que les médecins généralistes sollicitent fréquemment leurs confrères oncologues et gynécologues, mais regrettent le temps perdu avec les secrétariats :

E9 « *le téléphone très difficile ... comme avec les hôpitaux quoi (soupire) ni plus ni moins* ».

Un annuaire des principaux professionnels et un numéro unique pour les avis ont été évoqués :

E2 « *c'est peut-être les histoires d'annuaires pour communiquer plus facilement* »,

E6 « *Et puis peut-être aussi ce qui pourrait être intéressant c'est d'avoir un référent si jamais on a des questions sans passer par le secrétariat* »,

E11 « *l'idéal c'est d'avoir le téléphone direct du cancérologue quoi évidemment* »,

E9 « *Si tu les connais pas et que t'as pas leur portable perso. C'est pas possible !* ».

Amélioration du lien ville-hôpital

Bien que la totalité des médecins questionnés jugent leurs rapports avec l'hôpital de Grasse très bons ou corrects, des efforts sont à fournir de part et d'autre pour améliorer ce lien fragile entre la médecine de ville et l'hôpital. Tous sont demandeurs de rencontres régulières (au moins annuelles) avec les spécialistes intra-hospitaliers :

E1 « *Ça permettait de rencontrer aussi bien les spécialistes que nos collègues médecins généralistes que parfois on ne connaît pas. Donc oui je pense que c'est essentiel de maintenir ce type de rencontre* »,

E3 « *Ce qui devrait s'améliorer dans ces rapports c'est surtout avec les oncologues, parce que là on a vraiment des rapports qui sont d'une distance incroyable* »,

E12 « *Pour se rencontrer justement, créer du lien et de pouvoir échanger en direct. Mais ne serait-ce qu'aussi mettre un visage sur un nom, tout de suite, on se sent plus concerné pour tenir au courant* ».

Pour cela, il serait également intéressant de fluidifier la transmission des informations entre nos deux structures :

E1 « *Il suffirait que les gens nous écrivent des lettres et s'intéressent un peu à ce qu'on faisait, de façon à ce qu'on puisse être au courant au cas où, en cas de pénurie, que soit lié aux vacances ou à la personne, que on puisse savoir de quoi on parle* »,

E2 « *Concernant le courrier, je suis un peu noyé dans le courrier. Heu... j'ai 3 sources d'arrivée de courriers* »,

E7 « *d'avoir une lettre systématiquement ou d'avoir un lien qui te permet de savoir ce qui a été fait et ce qui a été prévu pour les patients* »,

E10 « *Après sinon, disons que si l'hôpital se mettait à mettre les comptes-rendus dans les dossiers médicaux partagés ce serait parfait !* »,

E14 « *On est passé à côté de l'avenir ! C'était le fameux DMP !* »

En conclusion, nous avons constaté que les médecins généralistes ont la volonté de s'impliquer dans la prise en charge des patientes sous hormonothérapie à condition d'être formés à leur utilisation et d'être inclus dans le suivi dès la découverte de la maladie. Le lien ville-hôpital, fragile à l'heure actuelle, pourrait être amélioré par des échanges d'informations plus étroits et simplifiés, ainsi que des rencontres annuelles interprofessionnelles.

IV. Discussion

Résultats principaux de l'étude

Pour la première fois à notre connaissance, cette étude qualitative par entretiens semi-directifs a permis de recueillir l'avis des médecins généralistes concernant leur implication dans la prise en charge de leurs patientes traitées par hormonothérapie pour un cancer du sein. Il en ressort que les médecins se sentent principalement investis d'un rôle de soutien psychologique pour leurs patientes et que pour intervenir plus fréquemment sur le suivi thérapeutique ils ont besoins de formations spécifiques et adaptées pour se sentir plus à l'aise. Face au manque d'observance de certaines patientes, il y a aussi un réel effort à fournir en termes d'éducation à la compliance. En effet, faute d'implication des médecins généralistes dès les premières étapes de la prise en charge, ces derniers ne se sentent pas « responsables » de ce traitement.

Comparaisons aux données de la littérature

Ces résultats ne sont malheureusement pas nouveaux et se retrouvent déjà dans de nombreux travaux de recherche depuis une dizaine d'années, que ce soit dans le suivi des cancers en général (12,13), ou du cancer du sein en particulier (15), ou encore dans le suivi des chimiothérapies (11,14). Ainsi, l'idée exprimée par plusieurs médecins dans notre étude, de raccourcir la durée de prescription des hormonothérapies et de constituer une fiche pratique de suivi de ce traitement, a déjà été évoqué dans l'étude de F.GALA (11) à propos des chimiothérapies en 2018 à Paris. Une étude très similaire à la nôtre, réalisée à Nice en 2017, par S.MAES (14) à propos de l'implication des médecins généralistes dans le suivi des patients sous chimiothérapie, montrait déjà que les médecins se sentaient investis d'un rôle d'accompagnement, avec parfois un sentiment d'abandon et d'isolement professionnel, un manque de connaissances spécifiques ciblées, et la nécessité d'améliorer la communication ville-hôpital en suggérant la création d'un numéro unique d'avis. En 2016, dans le département de Haute-Savoie, une étude de pratique quantitative auprès de 95 médecins généralistes concernant le suivi des patientes atteintes de cancer du sein, confirmait le rôle principal de soutien psychologique et la demande de 91% d'entre eux de recevoir de la part de leur confrères spécialistes des fiches de synthèse des recommandations d'experts pour se sentir plus à l'aise face à leurs patientes. Notre enquête, pourtant réalisée cinq ans après celle de la DREES auprès de 1193 médecins généralistes français, fait état du même manque de connaissances de ces derniers et de la difficulté de communication avec les spécialistes (8). On remarque alors, que

quel que soit la période, ou le lieu de réalisation des études, les résultats restent comparables et ne semblent pas s'améliorer.

A l'inverse de ce travail, une étude réalisée en 2017 auprès de 21 femmes françaises ayant survécu à un cancer du sein, recueillait leurs impressions concernant le suivi post-cancer (9). Elle a montré que les patientes préfèrent s'adresser à leur oncologue ou gynécologue pour des questions d'ordre thérapeutique, estimant que leur généraliste n'a pas les connaissances nécessaires pour leur répondre, mais leur attribuant un rôle essentiel de soutien et d'empathie. Elles avouaient ne pas oser parler des effets secondaires des traitements, estimant que c'était le prix à payer pour espérer guérir, mais apprécieraient que ce soient les médecins qui fassent le premier pas pour évoquer leurs difficultés thérapeutiques, psychosociales et sexuelles. Or, nous avons noté dans nos résultats que plusieurs médecins n'abordent pas obligatoirement la question de la tolérance, ou de façon vague et encore moins de l'observance. Il n'y a donc pas vraiment de prise de conscience du besoin des patientes, et certainement une méconnaissance des résultats de ces études de la part des médecins généralistes.

Pour améliorer l'observance des patientes sous hormonothérapie, une étude menée aux Etats-Unis entre 2012 et 2013, a tenté d'envoyer des SMS aux patientes, à raison de deux fois par semaine, leur rappelant l'importance de prendre leur traitement ainsi que les raisons pour lesquelles il était essentiel de le prendre. Cet essai n'a pas donné de résultats statistiquement significatif et l'envoi de SMS n'a donc pas été généralisé (16).

A son tour, la cohorte française de grande envergure, CANTO, regroupant les données de 12.000 patientes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein, explore pour la première fois la possibilité d'utiliser le dosage du taux de Tamoxifène® circulant dans le sang pour dépister les patientes peu ou mal observantes de leur hormonothérapie et ainsi prévenir au mieux le risque de récurrence à court terme (6). En attendant de généraliser une telle pratique, il apparaît essentiel d'informer les patientes de l'intérêt et de l'importance de ce traitement, et des conséquences négatives en cas d'arrêt prématuré.

En ce sens, les résultats d'une méta-analyse de la littérature des 15 dernières années sur le thème de l'hormonothérapie, sont parus dans le Bulletin du Cancer en 2019, et mettaient en évidence la nécessité d'une consultation initiale dédiée à la prescription de l'hormonothérapie pour renforcer l'adhérence et la prise du traitement, le médecin devant être convaincu du bien-fondé et de l'efficacité du traitement et communiquer cette certitude à sa patiente (17).

Notre étude a montré que les médecins généralistes sont demandeurs de formations spécifiques sur l'hormonothérapie comme sur la cancérologie en général, en insistant sur un format simplifié, pratique et réutilisable au quotidien : typiquement la constitution d'une fiche d'information sur les différents types d'hormonothérapies, leurs effets positifs comme secondaires et les solutions à proposer aux patientes. Cette fiche pourrait être distribuée aux médecins généralistes avec les comptes-rendus de consultation et complétée par des FMC ou réunions inter professionnelles à l'hôpital.

Tout récemment, en juillet 2021, est paru un article dans le journal *Lancet Oncology*, dressant une revue de l'efficacité et de la tolérance des différentes mesures utilisées à ce jour (médicamenteuses, non médicamenteuses et médecines alternatives) pour diminuer la toxicité de l'hormonothérapie et donc améliorer l'observance des patientes (18). Ce travail est très complémentaire du nôtre et pourrait aider à la réalisation d'une fiche pratique à destination des médecins généralistes, ou d'une FMC orientée hormonothérapie.

Ils citent également comme sources de leurs connaissances, l'échange avec leurs confrères spécialistes, à qui ils attribuent plus de confiance que dans les recherches sur internet ou autre support d'informations. D'ailleurs le premier réflexe des médecins généralistes en cas de besoin d'aide est d'appeler le spécialiste en charge de la prescription. Pourtant, il existe sur internet de nombreux outils utiles et pratiques développés par les sociétés savantes, mais ils n'ont quasiment pas été cités au cours des différents entretiens. On retrouve notamment sur le site de l'INCA une brochure d'aide à la prise en charge du cancer du sein, du diagnostic au suivi, à destination des médecins généralistes, dans laquelle figurent les principaux effets secondaires liés à l'hormonothérapie et la conduite à tenir face à chacun (19). De même, aucun médecin n'a évoqué l'existence du réseau régional de cancérologie ONCO PACA-Corse, qui fournit pourtant des référentiels de bonne pratique, des aides au parcours de soins et aux prises en charge spécifiques, mais aussi offre l'accès aux RCP et au DCC (20). Ce fameux DCC n'est utilisé par aucun des médecins interrogés étant donné que seul deux d'entre eux citent le DMP et un seul faisait l'effort de le nourrir, jusqu'à ce que celui-ci devienne trop compliqué d'accès et qu'il abandonne. Pourtant cet outil de communication, s'il était simplifié, pourrait permettre le regroupement de toutes les informations au sujet de nos patientes et un gain de temps conséquent. Il reste pour le moment un échec du troisième Plan Cancer 2014-2019 (7).

Limites de l'étude

Pour la réalisation de cette étude, nous avons été confrontés à un problème de taille : la crise sanitaire liée à la COVID-19. En effet, six médecins nous ont confié avoir été très impactés par cette épidémie dans leur pratique quotidienne (ajout de la vaccination aux consultations habituelles, suivi des patients malades) et dans leur formation continue (disparition des réunions présentiels et interprofessionnelles). Mais nous avons surtout fait face à un grand nombre de refus de participation par manque de temps des médecins. Certains auraient été prêts à répondre à des questions par mail, mais ce n'était pas le choix de méthode de notre étude.

Ces 14 entretiens ne sont donc pas suffisants pour être représentatifs de la population de médecins généralistes du bassin grassois et une étude de plus large ampleur serait nécessaire pour généraliser nos résultats. Rappelons néanmoins que l'objectif d'une enquête qualitative n'est en aucun cas d'avoir une représentativité statistique.

De plus, malgré une volonté d'échantillonnage en variation maximale, il nous a été impossible de trouver des participants hommes de moins de 40 ans. Nous avons d'ailleurs interrogé une majorité de femmes, ce qui témoigne de la féminisation de notre métier.

De plus, un biais de recrutement a pu intervenir : la participation à ces entretiens s'est faite de manière volontaire, aboutissant à la sélection de sujets plus ouverts à parler.

En ce qui concerne l'interprétation des données, il aurait pu être intéressant de recueillir dans un second temps les idées résultant de l'analyse de l'entretien avec le médecin concerné. Malgré des efforts d'objectivité, il est possible que nous ayons orienté l'échange en insistant ou en survolant certaines notions quand elles étaient discordantes ou concordantes avec notre point de vue. Ainsi pour limiter le biais d'interprétation, nous avons fait réaliser une deuxième lecture indépendante.

Forces de l'étude

Rappelons que la force principale de cette étude réside dans le fait qu'il s'agit de la première explorant le point de vue des médecins généralistes sur leur implication dans la prise en charge des patientes traitées pour un cancer du sein et plus spécifiquement par hormonothérapie.

Une autre force de l'étude est d'aborder ce sujet, par le biais de la méthode qualitative, ce qui nous a permis de retranscrire de façon plus précise le sentiment des médecins et de laisser libre court à leurs idées d'amélioration.

Nos résultats sont en grande partie comparables aux données de la littérature déjà existante sur le thème de l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des

cancers et plus particulièrement du cancer du sein. En effet nous avons confirmé le besoin de formations spécifiques et d'une meilleure communication avec les spécialistes pour un meilleur investissement dans la prise en charge.

Perspectives de travail

Pour faire suite aux forces et faiblesses de notre étude, nous avons dégagés de nombreuses hypothèses de travail futur. Il semble essentiel de développer rapidement une fiche outil pour l'aide à la surveillance des hormonothérapies, et cela pourrait constituer un futur sujet de recherche afin d'adapter réellement l'outil aux besoins des médecins. Cette fiche pourrait ensuite être présentée au cours de FMC présentielle laissant la possibilité aux praticiens de poser des questions pour se l'appropriée au mieux.

Pour impliquer au plus tôt les médecins généralistes dans la prise en charge de l'hormonothérapie, des adaptations pourraient être mise en œuvre du côté des spécialistes, en raccourcissant notamment la durée de prescription initiale, incitant ainsi les patientes à revoir leurs praticiens de ville.

La mise en place d'un numéro unique d'avis gynécologique et le maintien de réunion de rencontre inter-spécialités annuelles sont indispensables à l'amélioration du lien ville-hôpital et doivent être encouragées.

Néanmoins des études supplémentaires et de plus grande envergure sont nécessaires pour généraliser nos résultats mais aussi les comparer aux pratiques et outils déjà mis en place dans d'autres régions.

Enfin, il apparaît important de comprendre pourquoi si peu de médecins sont enclins à répondre aux études d'organismes gouvernementaux et aux travaux de recherche les concernant.

V. Conclusion

L'objectif principal de cette étude était de comprendre comment rendre aux médecins généralistes leur rôle d'aide à l'éducation et à la compliance de l'hormonothérapie dans le traitement du cancer du sein.

Pour cela, il semble essentiel que les spécialistes impliquent au plus tôt les médecins généralistes dans cette prise en charge et leurs fournissent les clés d'une surveillance réussie au travers d'une communication plus fluide et rapide, d'une formation adaptée à la médecine générale, d'une fiche pratique réutilisable et d'une ligne téléphonique d'avis hospitaliers.

A propos de l'objectif secondaire et de l'amélioration du lien ville-hôpital, il est nécessaire de maintenir des relations humaines étroites entre les praticiens hospitaliers et de ville en favorisant des rencontres régulières, mais aussi en simplifiant les systèmes de communication déjà existants (utilisation du DMP, messagerie sécurisée unique).

VI. Bibliographie

1. Cancer du sein [Internet]. Santé Publique France. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>
2. Institut National du Cancer. Différents types d'hormonothérapie [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie/Differents-types-d-hormonotherapie>
3. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Davies C, Godwin J, Gray R, Clarke M, Cutter D, et al. Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials. *Lancet Lond Engl*. 27 août 2011;378(9793):771-84.
4. Burstein HJ, Lacchetti C, Anderson H, Buchholz TA, Davidson NE, Gelmon KA, et al. Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 févr 2019;37(5):423-38.
5. Saghatchian M, Lesur A. Gestion des effets secondaires de l'hormonothérapie du cancer du sein chez la femme jeune. *Bull Cancer (Paris)*. 1 déc 2019;106(12, Supplement 1):S37-42.
6. Pistilli B, Paci A, Ferreira AR, Di Meglio A, Poinsignon V, Bardet A, et al. Serum Detection of Nonadherence to Adjuvant Tamoxifen and Breast Cancer Recurrence Risk. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 août 2020;38(24):2762-72.
7. Institut National du Cancer. Plan Cancer 2014-2019 - Guérir et prévenir les cancers : Donnons les mêmes chances à tous, partout en France [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche; 2015 mars [cité 2 juin 2021] p. 210. (Documents institutionnels / Plan cancer). Report No.: 2ème édition. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
8. Rey D, Lescher S, Paraponaris A, Verger P, Zaytseva A, Barlet M, et al. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. *DREES - Diresction Rech Etudes Eval Stat*. 18 oct 2017;(N°1034):8.
9. Laporte C, Vaure J, Bottet A, Eschalier B, Raineau C, Pezet D, et al. French women's representations and experiences of the post-treatment management of breast cancer and their perception of the general practitioner's role in follow-up care: A qualitative study. *Health Expect*. 2017;20(4):788-96.
10. Dupont A, Antoine P, Reich M, Bève C. Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein: impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. *Psycho-Oncol*. 1 sept 2007;1(3):174-8.
11. Gala F. Implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients traités par chimiothérapie pour un cancer à l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02052214/document>

12. Da Silva P. Implications, attentes, perspectives des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer [Internet] [Thèse d'exercice]. Limoges; 2014 [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-45981>
13. Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris DIDEROT, Paris VII; 2011 [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3525_THESE-COURAUD.pdf
14. Maes S. Place du médecin généraliste dans le suivi des patients sous chimiothérapie: enquête qualitative auprès de médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. Nice Sophia Antipolis; 2017 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01696254>
15. Seguin E. Place du médecin généraliste dans la surveillance des patientes atteintes d'un cancer du sein: enquête de pratique dans le département de la Haute-Savoie [Internet] [Thèse d'exercice]. Grenoble Alpes; 2016 [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382753/document>
16. Hershman DL, Unger JM, Hillyer GC, Moseley A, Arnold KB, Dakhil SR, et al. Randomized Trial of Text Messaging to Reduce Early Discontinuation of Adjuvant Aromatase Inhibitor Therapy in Women With Early-Stage Breast Cancer: SWOG S1105. *J Clin Oncol*. 1 juill 2020;38(19):2122-9.
17. Lesur A, Dalenc F, Beguignot M. Consultation dédiée de prescription d'une hormonothérapie adjuvante chez la femme jeune traitée pour cancer du sein hormonosensible: une clé pour améliorer l'adhésion? *Bull Cancer (Paris)*. 1 déc 2019;106(12, Supplement 1):S28-36.
18. Franzoi MA, Agostinetti E, Perachino M, Del Mastro L, de Azambuja E, Vaz-Luis I, et al. Evidence-based approaches for the management of side-effects of adjuvant endocrine therapy in patients with breast cancer. *Lancet Oncol*. juill 2021;22(7):e303-13.
19. Institut National du Cancer. Cancers du sein - Du diagnostic au suivi [Internet]. 2016 [cité 3 sept 2021]. 20 p. (Outils pour la pratique des médecins généralistes - Du diagnostic au suivi). Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancers-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi>
20. Référentiels de sénologie | Réseau Régional de Cancérologie OncoPaca-Corse [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.oncopacacorse.org/fr/page/referentiels-de-senologie>

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Le consentement de participation



Consentement éclairé de participation

À une étude qualitative

Par entretiens semi-directifs audio enregistrés



Madame, Monsieur, Chers Confrères,

Je suis interne en Médecine Générale au sein de la Faculté de Médecine de Nice et je prépare actuellement ma thèse de fin d'exercice pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine sous la direction du Dr Anne-Sophie AZUAR.

Dans ce but, j'ai choisi d'étudier l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patientes traitées par hormonothérapie pour un cancer du sein.

Les médecins seront interrogés sur la base du volontariat, après la signature du présent consentement, sous la forme d'entretien individuel avec transcription des réponses.

- * L'entretien se fera par téléphone sur environ 20 minutes.
- * Il s'agira de questions relatives à la prise en charge de patientes suivies pour un cancer du sein et plus spécifiquement sous hormonothérapie.
- * L'entretien sera enregistré via une application de dictaphone pour permettre une retranscription mot à mot dans un premier temps puis une analyse des données. Le matériel audio ne sera utilisé qu'à cette fin de transcription et sera détruit par la suite.
- * Toutes les données recueillies seront anonymisées.
- * Les participants pourront refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes, et pourront se retirer de l'étude à tout moment.

GUYON Morgane, Interne en Médecine Générale
Le 23 Mars 2021,

Autorisation d'enregistrement :

Je soussigné(e) :

- * Autorise par la présente à être enregistré en audio pour transcription textuelle ultérieure ;
- * Autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques) ;
- * Prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront anonymisées.

Date :

Signature :

B. Annexe 2 : Le guide d'entretien semi-directif

- 1) Racontez-moi la dernière entrevue que vous avez eu avec une patiente suivie pour un cancer du sein ? *Qu'abordez-vous avec elle ? Suivi oncologique, mammo annuelle à jour ? Traitements en cours ? Son ressenti, son vécu ?*
- 2) Quelle place / quel rôle pensez-vous avoir dans cette prise en charge ? *(Surveillance, suivi, renouvellement strict sans se poser de question)*
- 3) Comment vous êtes-vous senti face à cette patiente ? *(Confiant, angoissé, non compétent, impliqué)*
- 4) D'où vous viennent vos connaissances en matière de cancérologie ? Quelle est votre principale source d'information ? *(DU, Formation initiale, appartenance à un réseau, confrère spécialiste, revue, passage en stage hospitalier ou poste temporaire)*
- 5) Quelles questions posez-vous à vos patientes sous hormonothérapies ?
- 6) Quels signes de mauvaise tolérance au traitement recherchez-vous chez vos patientes ? *(Douleurs musculosquelettiques, asthénie, sécheresse vaginale, perte de libido)*
- 7) Comment abordez-vous avec vos patientes la question de la compliance au traitement ?
- 8) Que lui proposez-vous en cas de mauvaise tolérance et/ou observance ? *(Faire des pauses, arrêter le traitement, changer de molécule, entretien motivationnel et/ou éducation thérapeutique, Favorisé le sport, Acupuncture, mésothérapie, prise en charge antalgique, adressage au spécialiste)*
- 9) Comment pourriez-vous améliorer le suivi de ces patientes ? *(Consultation dédiée, consultation de suivi trimestriel)*
- 10) Que faites-vous si vous vous sentez dépassé ? *(Réorientation vers le gynécologue, l'oncologue, les urgences, fiches Inca, internet)*
- 11) Quels seraient vos besoins pour vous sentir plus à l'aise avec le suivi des hormonothérapies ?
- 12) Comment décririez-vous vos rapports avec l'Hôpital de Grasse et ses spécialistes ? *(Recevez-vous des courriers, comptes-rendus, fiches de RCP, les lisez-vous, les comprenez-vous, y accordez-vous de l'importance)*
- 13) Quelles seraient vos propositions d'amélioration du lien ville-hôpital dans la prise en charge de vos patientes atteintes du cancer du sein ? *(Ligne directe vers un spécialiste de garde, coordonnées du chirurgien ou de l'oncologue, participation aux RCP, organisation de soirée à thème avec les spécialistes, fiches de conduite à tenir).*

C. Annexe 3 : La durée des entretiens

Numéro de l'entretien	Durée en minutes
E1	12,5
E2	28,8
E3	17
E4	15,75
E5	11,5
E6	20,8
E7	26
E8	11
E9	36,75
E10	18,5
E11	28,5
E12	20
E13	22,5
E14	30

La durée moyenne des entretiens est de 19 minutes.

D. Annexe 4 : Les caractéristiques des participants

N° participant	Genre	Age	Milieu d'exercice	Pratique de la gynécologie dans le cabinet
E1	Homme	69	Ville	Oui, entre 5 et 10 patientes par semaine
E2	Homme	59	Semi-rural	Oui - Moins de 5 par semaine
E3	Femme	54	Semi-rural	Oui, plus de 10 par semaine
E4	Femme	39	Semi-rural	Oui, entre 5 et 10 patientes par semaine
E5	Femme	40	Ville	Oui - Moins de 5 par semaine
E6	Femme	30	Ville	Oui - Moins de 5 par semaine
E7	Femme	60	Rural	Oui, plus de 10 par semaine
E8	Femme	51	Rural	Oui, entre 5 et 10 patientes par semaine
E9	Femme	49	Semi-rural	Oui - Moins de 5 par semaine
E10	Homme	60	Semi-rural	Oui - Moins de 5 par semaine
E11	Homme	60	Semi-rural	Oui - Moins de 5 par semaine
E12	Femme	32	Ville	Oui, entre 5 et 10 patientes par semaine
E13	Femme	32	Semi-rural	Oui, plus de 10 par semaine
E14	Homme	71	Semi-Rural	Oui – Moins de 5 par semaines

La moyenne d'âge des participants est de 50 ans. Nous avons interrogé neuf femmes et cinq hommes.

VIII. Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

IX. Résumé

Introduction :

Le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent en France et l'hormonothérapie l'un des piliers thérapeutiques. Malheureusement, sa tolérance reste variable et de nombreuses patientes l'arrêtent avant le délai recommandé de cinq ans. Il apparaît essentiel d'améliorer le suivi de ses patientes et que le médecin généraliste en face partie intégrante.

Objectif :

Le but de cette étude est d'évaluer leur implication et comprendre comment rendre aux médecins généralistes leur rôle d'aide à la compliance et à l'éducation thérapeutique.

Méthode :

Nous avons réalisé une étude qualitative, par analyse d'entretiens semi-directifs, réalisés auprès de médecins généralistes sélectionnés au sein de la population du bassin grassois (Alpes-Maritimes (06) et Var (83)).

Résultats :

Au total, 14 entretiens téléphoniques ont été réalisés, permettant de mettre en évidence le rôle majeur des médecins généralistes dans l'accompagnement au quotidien et le soutien psychologique. En revanche leur investissement est moindre dans la thérapeutique. Si la question de la tolérance est relativement bien abordée celle de l'observance est nettement oubliée. Plusieurs solutions ont été évoquées : diminution de la durée de prescription par le spécialiste, maintien de FMC spécifiques et adaptées à la pratique, création d'un outil de suivi des différentes hormonothérapies, numéro téléphonique direct, réunions interprofessionnelles de proximité et amélioration de la transmission d'information.

Conclusion :

Notre étude a montré que les médecins généralistes sont demandeurs de formations et outils pratico-pratiques pour leur permettre de mieux suivre et accompagner leurs patientes atteintes de cancer du sein et sous hormonothérapie. Malgré de très bonnes relations avec l'hôpital, ils apprécieraient d'être impliqués au plus tôt dans la prise en charge.

Mots clés :

Hormonothérapie, Cancer du sein, Suivi, Médecin généraliste.